

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

# **Importância de uma abordagem multifatorial - um caso clínico de dor crónica**

Ana Raquel Fernandes de Faria

**M**

**2018**



Dissertação de candidatura para conclusão de Mestrado Integrado em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

- Caso Clínico

Autora: Ana Raquel Fernandes de Faria<sup>1</sup>

Orientadora: Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudante do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; número de aluna: 201007098 Endereço eletrónico: [raquelfaria@outlook.com](mailto:raquelfaria@outlook.com)

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto; Professora Convidada do ICBAS  
Endereço eletrónico: [margaridasara@hotmail.com](mailto:margaridasara@hotmail.com)

Junho, 2018

Ana Raquel Fernandes de Faria (autora)

Ana Raquel Faria

Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira (orientadora)

Margarida Sara Salazar Mendes Moreira

## DEDICATÓRIA

À minha orientadora, pela sabedoria.  
Aos meus pais, por todo o apoio sem restrições.  
Ao meu namorado, pela paciência infinita.  
Aos meus irmãos, pelo bom humor.  
À minha avó, pelo carinho incondicional.  
Ao meu avô, por toda uma vida de ensinamento e valores.

*“Everybody has losses – it’s unavoidable in life. Sharing our pain is very healing.”*

Isabel Allende

## RESUMO

**Introdução:** A dor crónica é atualmente uma das queixas mais frequentes nos vários contextos de cuidados de saúde, com uma prevalência particularmente alta nas populações abrangidas pelos cuidados de saúde primários. Estudos epidemiológicos sugerem que há uma relação bidirecional entre a dor crónica e a doença mental. A dor crónica é um estado complexo modulado por fatores genéticos, fisiológicos, ambientais, sociais, cognitivos e emocionais. Assim, é fundamental uma abordagem biopsicossocial na compreensão da interação dinâmica e multidimensional destes fatores e a sua integração no estudo e tratamento da pessoa com dor crónica. Embora nos últimos anos a perspetiva biopsicossocial tenha vindo a ser a mais aceite pela comunidade científica, os casos refratários continuam a ser comuns apesar da aplicação de um modelo de tratamento multidisciplinar. Cada vez mais é reconhecida a importância de fatores psicossociais na evolução da dor crónica e na perpetuação do ciclo vicioso que se gera entre dor e incapacidade.

**Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é apresentar uma situação clínica de dor crónica, refratária ao tratamento e discutir a contribuição de fatores psicossociais associados, atendendo ao devido enquadramento teórico.

**Metodologia:** Descreve-se, para o efeito, o caso clínico de uma doente com dor crónica com longos anos de evolução, seguida na Unidade de Dor do Centro Hospitalar do Porto, considerando as variáveis psicossociais e a sua contribuição para o prognóstico.

**Resultados e conclusão:** Conclui-se com esta dissertação que, mesmo após a introdução de uma abordagem multidisciplinar, existe um risco acrescido de incapacidade e perpetuação da dor perante a contribuição de fatores psicossociais na evolução da mesma, bem como de mecanismos psicopatológicos que favorecem certas crenças e comportamentos, nomeadamente aqueles relacionados com processos de catastrofização e comorbilidades psiquiátricas. Importante também considerar o fato da intervenção multidisciplinar acontecer após longos anos do início da sintomatologia dolorosa.

**Palavras-Chave:** dor crónica; abordagem multifatorial; fatores psicossociais; doença mental.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic pain is one of the most frequent complaints seen in health care facilities, with particular emphasis in the primary health care context. Epidemiological studies have shown a bidirectional relationship between chronic pain and mental illness. Chronic pain is a complex state, modulated by genetic, physiological, environmental, social, cognitive and emotional factors. Thus, it is fundamental to have a biopsychosocial approach when facing the dynamic and multidimensional interaction between these factors and be aware of their integration when facing the study and treatment of any patient with chronic pain. Although the biopsychosocial model has been increasingly applied in the scientific community, refractory cases remain very common. Growing importance is given to psychosocial factors in what concerns the evolution of pain and the cycle of associated disability.

**Objective:** The aim of this paper is to present a chronic pain clinical case, refractory to treatment, and to discuss its contributing psychosocial factors.

**Methodology:** We describe a clinical case with many years of evolution, followed in the Pain Unit consultations of CHP, having in consideration psychosocial contributions in what concerns the patient prognosis.

**Results and conclusion:** In this paper we conclude that even after a multidisciplinary approach to chronic pain, there is a potential risk of disability and pain perpetuation. This happens mainly because of psychopathologic mechanisms (namely catastrophizing and psychiatric comorbidities), which favor certain beliefs and behaviors that perpetuate chronic pain. It is important to notice that the multidisciplinary approach takes place many years after the symptomatology onset.

**Key-words:** chronic pain; multifactorial approach; psychosocial factors; mental disorder.

## LISTA DE ABREVIATURAS

IASP - *International Association for the Study of Pain*

CHP – Centro Hospitalar do Porto

EMG - Eletromiografia

TAC – Tomografia Computorizada

ITU – Infecção do Trato Urinário

OMS – Organização Mundial de Saúde

APA – *American Psychiatric Association*

DGS – Direção Geral de Saúde



## ÍNDICE

Introdução .....	1
Metodologia .....	2
Resultados .....	2
Discussão .....	5
Conclusão .....	12
Considerações Finais .....	13
Bibliografia.....	14

## INTRODUÇÃO

A dor tem, na sua origem, um papel "protetor", sinalizando a ocorrência de uma lesão. No entanto, a dor persistente ou crónica assume um carácter patológico e carece de uma relação causa-efeito nítida, incapacitando gradualmente e debilitando de forma física e psicológica. A conhecida definição de dor da IASP (*International Association for the Study of Pain*) frisa que a dor é uma "experiência sensorial e emocional desagradável" que se encontra associada a "danos reais ou eventuais" legitimando a dor sem lesão e colocando no mesmo plano a dimensão sensitiva e afetiva.

A dor crónica afeta cerca de 20% da população mundial e contribui para 15-20% das consultas nos cuidados de saúde primários.<sup>1</sup> A sua prevalência por volta dos 70 anos afeta 79% das mulheres e 53% dos homens. Ainda assim, pensa-se que a dor crónica se encontre subvalorizada em termos diagnósticos e terapêuticos.<sup>2</sup> Num estudo realizado em Portugal entre 2007 e 2008, concluiu-se que a prevalência da dor crónica a nível nacional seria de 36,7% (uma percentagem alta, embora seja das mais baixas da Europa), sendo que 35% dos doentes apresentariam algum grau de incapacidade associada à dor.<sup>3</sup>

Para compreender o processo subjacente à transição da dor para um estado crónico é essencial ter em consideração, ainda que sumariamente, a fisiologia da dor. Fisiologicamente, a dor é um processo que engloba quatro etapas: transdução, transmissão, modulação e perceção. Durante a transdução, o estímulo doloroso ativa os nociceptores e gera um impulso nervoso. De seguida, dá-se a propagação do impulso através das vias nociceptivas. O terceiro processo, a modulação, compreende vários mecanismos que têm como função atenuar ou amplificar o estímulo nódico. Por fim, a perceção é um processo complexo através do qual o cérebro descodifica e atribui um significado à experiência dolorosa.<sup>3,4</sup> A transição de dor aguda para dor crónica não tem um papel adaptativo (ao contrário do que ocorre com a dor aguda) e resulta de processos de sensibilização que ocorrem a nível central e periférico.<sup>5</sup> No processo de sensibilização periférica, mediadores químicos locais ativam diretamente os nociceptores ou aumentam a sensibilidade aos estímulos subsequentes. A sensibilização central é definida como uma resposta excitatória sinática aumentada e uma resposta inibitória diminuída que culmina em respostas cognitivas ampliadas aos estímulos nódicos.<sup>4</sup> No que toca ao papel da perceção dolorosa, foi descrita uma rede de interações corticais – matriz da dor – que descreve as relações existentes entre as várias estruturas que contribuem para a experiência dolorosa. A matriz da dor é constituída por duas vias – uma via medial (responsável pela componente emocional da dor) e uma via lateral (relacionada com a componente fisiológica).<sup>5</sup>

O risco individual para a cronicidade da dor pode ser mais ou menos previsto com base em fatores inerentes ao indivíduo e ao seu meio. Influências genéticas e ambientais podem ter um papel preponderante. No entanto, a cronicidade da experiência dolorosa está intimamente ligada a processos cognitivos e emocionais que, ainda não tendo origem etiológica, podem determinar a sua perpetuação.<sup>6,7</sup> O modelo biopsicossocial da dor descreve a dor como sendo complexa, consequente a uma interação dinâmica entre mecanismos psicológicos, fisiológicos e sociais que perpetuam ou agravam o sintoma. As emoções são a resposta mais imediata à nociceção, enquanto a componente cognitiva fornece um significado subjetivo à experiência dolorosa. É a cognição o principal mecanismo que leva à perpetuação do ciclo vicioso de nociceção, stress e incapacidade.<sup>8</sup> A Teoria do Portão ou Teoria do Controlo da Dor de Melzack e Wall (1965), ainda que assente em paradigmas essencialmente neurofisiológicos, representou uma primeira tentativa de introduzir a importância da contribuição psicológica para o processamento da informação nociceptiva. Este modelo continua a ser muito útil ao englobar contribuições físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais que podem proporcionar a abertura do portão e consequentemente amplificar a experiência da dor.<sup>9</sup>

## METODOLOGIA

Para a concretização da presente dissertação foi efetuada pesquisa bibliográfica acerca dos mecanismos envolvidos na cronicidade da dor e importância da sua abordagem multifatorial de forma a realizar um enquadramento teórico. Os resultados da investigação bibliográfica foram posteriormente aplicados a um caso clínico de uma doente seguida em Unidade da Dor do CHP. Os dados clínicos foram obtidos através da consulta do processo clínico, tendo sido previamente obtida autorização da Comissão de Ética do CHP. Ao longo da descrição dos resultados e discussão a doente será chamada por nome fictício.

## RESULTADOS

Laurinda é uma mulher de 60 anos, natural de uma cidade que dista 30 km do Porto, onde reside com o marido. Em 2004 (aos 46 anos) é orientada pela sua médica de família para a consulta da Unidade de Dor CHP, por dor persistente refratária ao tratamento (Ibuprofeno 400 mg, Paracetamol 1g, Loflazepato de etilo 2 mg de manhã e Amitriptilina 50 mg à noite). Tinha diagnóstico de fibromialgia encontrando-se de baixa médica há seis meses.

A dor ter-se-á iniciado por volta dos catorze anos, com localização predominante nas mãos, cotovelos, ombros e coluna cervical e lombar. Descrevia a dor como “ardente”, agravada pelos esforços e pelo frio, mais intensa de manhã. Referia grande interferência

nas atividades de vida diária, sentindo-se incapacitada para as tarefas domésticas e para as atividades laborais, o que motivava longos períodos de absentismo (trabalhava como ajudante de padeiro). A dor associava-se a outros sintomas, nomeadamente astenia de predomínio matinal, parestesias nas mãos e nos pés, insónia terminal, formigueiros malares, diarreia, flatulência e distensão abdominal. Apresentava ainda humor depressivo, tendo antecedentes de depressão em 1998 e 2000. Os episódios depressivos foram acompanhados pela médica de família. O primeiro episódio, ocorrido em 1998, resultou de uma situação laboral instável nesse mesmo ano (teria trabalhado como tapeteira e depois mudado para ajudante de padeiro), na qual se sentiu desvalorizada. Esteve estável até 2004, ano em que a situação se agravou progressivamente, não identificando fatores desencadeantes. Ao exame físico apresentava onze em dezoito pontos fibromiálgicos positivos e dor axial predominante nos membros superiores. Estes sintomas motivaram uma investigação extensa de diagnósticos diferenciais, tendo a doente realizado EMG, Raio-X, TAC e investigação analítica (incluindo função tiroideia e estudo imunológico) que se revelaram dentro dos parâmetros da normalidade.

Em outubro de 2004 foi avaliada na consulta de psiquiatria da Unidade de Dor numa perspetiva de intervenção multidisciplinar. Apresentava-se muito queixosa, referindo dor generalizada com importante repercussão no seu quotidiano, humor deprimido, insónia e irritabilidade fácil. Foi, desde essa altura, seguida em consultas regulares na Consulta da Dor e Psiquiatria. Ao longo de 14 anos de acompanhamento, foram adicionadas várias terapêuticas ao tratamento de base, nomeadamente: Sertralina, que suspendeu por efeitos gastrointestinais; Mirtazapina; associação de Paracetamol com Codeína, que não tolerou; Gabapentina, que suspendeu por não sentir melhoria; e Pregabalina, que suspendeu devido a efeitos secundários. Em 2005 foi-lhe diagnosticado síndrome do intestino irritável e iniciada medicação que contribuiu para maior tolerabilidade oral à medicação. Fez fisioterapia em 2005, com melhoria temporária da dor. Iniciou hidroginástica, mas suspendeu por irritação vulvar e perianal. Em 2011, perante a persistência e agravamento do quadro depressivo e da sintomatologia dolorosa, repetiu o estudo analítico, mantendo-se os valores dentro dos parâmetros da normalidade.

Ao longo do percurso da doente, há períodos curtos de melhoria e períodos frequentes de agravamento, para os quais os fatores psicossociais parecem ter um papel muito importante. A incapacidade afeta não só a dimensão laboral – *“Não tenho culpa de não poder trabalhar”* - mas motiva também um afastamento de situações sociais e recreativas, tarefas domésticas e conduz até a dificuldades nos autocuidados – *“Não me consigo pentear...”*.

Originária de uma família com poucos recursos económicos, é a mais nova de três irmãos. A mãe tinha patologia óssea que não sabe nomear, tendo falecido com cancro da

mama em 2012. O pai sofria de LES e faleceu por sequelas de um AVC em 2009. Acerca do relacionamento com os membros da família, recorda o ambiente familiar como sendo muito difícil e conflituoso. Predominava na descrição da infância e adolescência situações de maus tratos físicos, abuso, negligência e carências económicas. Havia uma grande sobrecarga de trabalho e as necessidades mais básicas, o espaço para a brincadeira e afeto não existiram.

Fez o quarto ano de escolaridade, sempre com grandes dificuldades de concentração e aprendizagem. Está atualmente desempregada, tendo trabalhado durante vinte e oito anos como tapeteira e quatro anos como ajudante de padeiro. Esta foi a última situação laboral relativamente estável que vivenciou, já que de seguida viria a ficar de baixa médica, voltado a trabalhar apenas por curtos períodos de tempo como empregada doméstica. Aguarda atualmente (e desde há cerca de dez anos) pensão de invalidez, não usufruindo de qualquer rendimento.

Laurinda esteve grávida quatro vezes, tendo tido dois abortamentos espontâneos. Tem um filho com 35 anos e uma filha com 33 anos, saudáveis e independentes, com quem mantém atualmente uma relação relativamente estável, com alguns períodos de maior conflito. Tem dois netos, de quem toma conta esporadicamente.

O relacionamento com o marido é de companheirismo, sendo ele que a acompanha sempre às consultas.

Laurinda tem ainda outros antecedentes médicos, sendo seguida em várias especialidades desde 2004 até à atualidade, tendo já tido alta de algumas delas (Cardiologia, Medicina Interna, Ortopedia). Mantém seguimento em Urologia (por ITU's de repetição), Cirurgia (por patologia hemorroidária), Dermatologia (por lesões cutâneas que surgiram no contexto de hidroginástica), Estomatologia (por abscessos dentários de repetição), Fisiatria e Gastroenterologia (por gastrite erosiva e síndrome do intestino irritável).

Atualmente está medicada com Paracetamol + Codeína 1000+60; Ibuprofeno 400 mg; Diazepam 5 mg; Mirtazapina 30 mg.

## DISCUSSÃO

Laurinda é uma mulher com um quadro de dor crónica prolongado no tempo, com características de fibromialgia. Tem comorbilidades significativas, incluindo patologia depressiva desde 1998. Apesar de um longo período de intervenção multidisciplinar, as queixas permanecem. A forma de funcionar da doente ocorre em torno da dor, oscilando entre períodos de melhoria e períodos de agravamento.

Atualmente, Laurinda mantém as queixas dolorosas e a síndrome fibromiálgica tem um predomínio do cansaço. A fibromialgia é caracterizada por dor generalizada e hiperalgesia em onze de dezoito pontos-gatilho. É uma condição persistente e debilitante associada a fadiga, alterações no padrão de sono e síndromes somáticas funcionais. Afeta sobretudo mulheres de meia-idade. A etiologia é desconhecida e complexa. Não existe consenso no que toca ao tratamento da fibromialgia, mas as evidências sugerem que esta deve receber abordagens farmacológicas e não farmacológicas baseadas no modelo biopsicossocial.<sup>10</sup>

Um modelo de abordagem multidisciplinar e interdisciplinar foi desenvolvido, com o intuito de abordar a dor crónica nas suas mais variadas componentes. A estrutura da equipa da dor pode variar, mas deve ser constituída por: três médicos (um clínico geral, um psiquiatra e um anestesiologista); um psicólogo clínico; um fisioterapeuta; e equipa de enfermagem.<sup>2</sup> Os tratamentos devem englobar não só uma abordagem farmacológica como terapia física de reabilitação e terapia psicológica, havendo evidência crescente de que a abordagem plural produz efeitos benéficos na população com esta patologia. Neste sentido, a escada analgésica da OMS tem como objetivo orientar os clínicos no tratamento da dor crónica. O tratamento da dor, independentemente da sua etiologia, deve ser multifatorial também nos fármacos que são utilizados, consistindo estes em AINE's, corticoides, antidepressivos, relaxantes musculares<sup>11</sup> e anticonvulsivantes (Carbamazepina, Gabapentina, Pregabalina)<sup>10</sup>. A escada analgésica da OMS tem vindo a ser utilizada no tratamento da dor e, em particular, no tratamento da dor moderada a forte, independentemente da sua etiologia.<sup>12</sup> Laurinda está atualmente medicada com Paracetamol + Codeína, Ibuprofeno, Diazepam, e Mirtazapina, fez terapia de reabilitação física e tem tido acompanhamento numa perspetiva psicoterapêutica, pelo que pode considerar-se que a dor crónica de Laurinda é alvo de uma abordagem multidisciplinar. Ainda assim, não há uma evolução favorável que permita uma redução significativa e constante da sintomatologia álgica e melhoria da funcionalidade. Tanto as queixas álgicas como a depressão apresentam-se refratárias à terapêutica, parecendo seguir lado a lado ao longo do percurso da doente, o que dificulta e limita a intervenção médica e agrava o prognóstico.

A dor crónica é uma situação altamente comum e um diagnóstico associado a uma grande taxa de incapacidade. No entanto, essa incapacidade é muito variável de doente para doente. Existem diversas formas de enfrentar a dor e alguns doentes conseguem lidar melhor com a condição e minimizar os efeitos nocivos decorrentes da mesma, continuando a trabalhar (ainda que tenham de fazer alguns ajustes na forma como exercem a sua atividade profissional e como gerem as tarefas do dia-a-dia) e aceitam a existência da dor fazendo exigências realistas relativamente ao seu controlo algico. Outros doentes desenvolvem comportamentos e pensamentos que favorecem uma exacerbação para além dos mecanismos meramente físicos da dor, entre os quais se encontram: história de contínuos insucessos no controlo da dor; debilidade física decorrente da inatividade e da perda de interesse pelas atividades do quotidiano; quadros depressivos ou ansiosos; perturbações do sono e da alimentação; conflitos com família e amigos; necessidade exagerada de atenção dos outros; ganhos pessoais; consumo exagerado de medicação.<sup>9</sup> Esta observação revela uma forte componente idiossincrática relativamente à forma como os doentes reagem à dor crónica. O porquê dessa heterogeneidade tem sido alvo de pesquisa e debate, mas considera-se que os fatores psicológicos têm um peso inegável nesse processo. Existem doentes com dor crónica cujos mecanismos de *coping* permitem ultrapassar as dificuldades, mas, no extremo oposto, existem muitos doentes que não se adaptam às adversidades e essa dificuldade tem um papel major na adaptação à doença, amplificando a sua incapacidade e atrasando a perspetiva de melhoria.

No artigo “Evaluating Psychosocial Contributions to Chronic Pain Outcomes” os autores exploram de forma completa os fatores psicossociais diretamente relacionados com o desenvolvimento da dor crónica. Assim, são identificados como fatores psicossociais com importância para o desenvolvimento da dor crónica: fatores afetivos; trauma; fatores sociais; diferença de género; diferenças raciais. Como agentes ideológicos subjacentes ao desenvolvimento da dor crónica os autores identificam: catastrofização, expectativas e perceção de auto-eficácia.<sup>13</sup>

De acordo com estes autores do suprarreferido artigo, os aspetos psicológicos mais frequentemente associados ao desenvolvimento de dor crónica são os de ordem afetiva, nomeadamente: síndromes depressivos, ansiosos e personalidades com tendência para desenvolver “emoções negativas” (previamente designadas como “personalidades neuróticas”). Embora estes fatores estejam frequentemente vistos como uma consequência e não como uma causa de dor, cada vez mais se conclui que quando presentes de modo pré-mórbido podem ter um impacto significativo no desenvolvimento tanto da dor crónica como da incapacidade que a ela se associa. O *stress* emocional

aumenta a probabilidade de uma dor aguda transitar para dor crónica, aumentando também a incapacidade física e laboral, mortalidade e suicídio. Pelo contrário, emoções positivas e personalidades otimistas estão associadas a menos dor e disfunção.<sup>13</sup> Os aspetos emocionais que acompanham o fenómeno da dor relacionam-se intimamente com o significado atribuído às implicações para o bem-estar do próprio. As reações emocionais fazem parte de um ciclo, no qual as emoções podem contribuir para intensificar a dor e a dor contribui para intensificar a experiência emocional. É especialmente importante prestar atenção às manifestações de sentimentos que se sabe estarem relacionados mais vulgarmente com a dor crónica, como: disforia; depressão; ansiedade; raiva; culpa; irritabilidade; sensação de perda de controlo ou de autoeficácia. Laurinda valoriza muito as suas queixas e assume um “estatuto” de doente. A forma de funcionar de Laurinda evolui e permanece à volta da dor, o que motiva comportamentos orientados para a dor e a percepção de impotência nos vários aspetos da vida. A componente comportamental da dor refere-se à forma como a dor é expressa e relaciona-se intimamente com as restantes dimensões.<sup>9</sup> A dor é a linguagem que Laurinda conhece melhor. Os fatores de risco emocionais para a incapacidade associada à dor crónica estão patentes na personalidade e história de vida de Laurinda, principalmente a sintomatologia do foro depressivo que dá um grande contributo para a dor relacionada.

Existe evidência crescente da relação entre situações de trauma físico e psicológico, principalmente ocorridas durante a infância, e o aumento do risco de desenvolver dor crónica. As situações podem assumir várias formas, nomeadamente abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico. Estas observações são corroboradas pelo facto de o transtorno do stress pós-traumático não ser só um fator de risco para a dor crónica como um fator de risco para dor mais grave e incapacitante.<sup>23</sup> As adversidades na infância têm sido associadas com um aumento do risco de várias formas de dor crónica. Os mecanismos subjacentes ainda não foram completamente elucidados, mas pensa-se que as adversidades na infância causem alterações nas respostas ao stress e sejam fatores de risco tanto para comportamentos de risco como para o desenvolvimento de doença mental. Entre os fatores discriminativos de abuso na infância encontram-se: violência física, abuso sexual, negligência e adversidades económicas. Laurinda relata, durante as consultas, episódios de abuso e negligência, ao longo da infância e adolescência, o que terá contribuído de forma incontornável para a vivência e expressão da dor no caso particular da Laurinda. No estudo “Childhood adversity and adult-onset pain in Japan” foi descrito que doentes com mais de três acontecimentos adversos na infância teriam um risco três vezes superior de desenvolver uma síndrome de dor crónica (sendo o risco maior se um dos fatores for abuso sexual). O motivo para tal acontecer ainda não se encontra completamente esclarecido, mas pensa-se que existe um forte contributo de



doenças mentais (como depressão e ansiedade). Para além disso, as adversidades na infância têm efeitos no desenvolvimento do cérebro, através de alterações a nível dos sistemas endócrino e imunitário, deixando uma impressão biológica marcada tanto no aspeto psicológico como físico e contribuindo para uma falha no desenvolvimento cognitivo e emocional com repercussões nos mecanismos de *coping* na idade adulta.<sup>14</sup>

Os fatores sociais e interpessoais também são determinantes para a temática, uma vez que as consequências negativas de fatores potencialmente ameaçadores à homeostasia psicológica podem ser muito atenuadas pelo apoio social adequado. O suporte social (primeiro por parte dos pais e depois dos companheiros e contactos mais próximos) pode mesmo ser um alvo terapêutico. Por outro lado, se esses relacionamentos forem “ampliados” pela dor, ou seja, se a dor se refletir em maior atenção e afeto por parte dos contactos mais próximos as relações podem predizer um aumento da incapacidade associada à dor. A pessoa pode sentir que tem compensações relacionadas com a sua incapacidade, o que poderá perpetuar um padrão comportamental de não adesão ao tratamento ou de prolongamento da expressão da dor. Laurinda refere, numa das entrevistas clínicas relatadas, que sente que a família a apoia mais em períodos de exacerbação da dor. Embora tenha uma rede de apoio social, os alicerces dos relacionamentos de Laurinda podem contribuir para a perpetuação do ciclo de sofrimento que vive. Para além disso, adultos que tenham sido crianças com padrões de vinculação de características ansiosas ou evitantes com os seus progenitores, têm maior risco de doença com características de somatização. O apoio social no trabalho também é importante, sendo que a ausência de uma boa rede de apoio laboral e bom ambiente no trabalho são dois dos fatores mais fortemente relacionados com a incapacidade.<sup>13</sup> O sentimento de desvalorização de Laurinda no trabalho contribuiu para o primeiro episódio depressivo documentado pela médica de família em 1998. A perceção do fenómeno pela rede social da pessoa influencia as próprias reações, o modo como se sente e como expressa a sua dor, pode configurar o estabelecimento de relação com os outros.<sup>9</sup> Laurinda afirma que a doença a incapacitou para todas as atividades da vida, mas, em simultâneo, refere que o estatuto de doente se traduz numa atitude mais atenta por parte da família. Apresenta também sentimentos de auto-desvalorização do seu papel no seio familiar. Os doentes com dor crónica experimentam muitas vezes alterações importantes na sua autoestima decorrentes da perda de funcionalidade pelo quadro algico, mas também modificações graduais do seu papel na família e trabalho.<sup>9</sup>

Existem outros fatores de risco para as síndromes de dor crónica, em particular o género e a raça. Grandes diferenças são vistas em termos de género, com as mulheres

sendo mais suscetíveis ao desenvolvimento da dor crónica. Isto ocorre devido a fatores hormonais (foi postulado que a ausência de testosterona torna as mulheres mais suscetíveis à dor crónica) e devido aos fatores psicológicos pré-mórbidos (como a doença mental) que também são mais prevalentes na mulher. Relativamente a diferenças raciais também se verificou que a raça caucasiana apresenta níveis de desenvolvimento de dor crónica inferiores à raça negra. No entanto, os estudos são muito limitativos ao comparar apenas duas etnias e ao não terem em conta múltiplos outros fatores (nomeadamente de ordem social) que podem explicar essa diferença.<sup>13</sup>

Os mecanismos de *coping* da dor são definidos como o conjunto de estratégias comportamentais, psicológicas e emocionais que permitem lidar com o sintoma e o *stress* provocado pela dor. Existem mecanismos de *coping* ativos (como lidar com a dor e com o funcionamento da dor) e passivos (relegar em alguém a tarefa de lidar com a própria dor). Os mecanismos de *coping* podem ainda dividir-se naqueles focados em problemas (isto é, focados na dor em si) e nos que são focados nas emoções despoletadas pela dor. Os mecanismos mais eficientes em lidar com a dor são os ativos e orientados pelo problema.<sup>13</sup> No entanto, no caso de Laurinda verifica-se uma tendência para adquirir mecanismos de *coping* essencialmente passivos, uma vez que se sente incapaz de lidar com a própria dor, relegando este papel para terceiros (nomeadamente para os profissionais de saúde).

Mecanismos de *coping* pouco eficientes estão com frequência relacionados com a catastrofização - um processo cognitivo e emocional que advém da tendência do próprio aumentar inconscientemente a resposta à dor através da ruminação relacionada com a dor, preocupações frequentes acerca da dor e perceção de incapacidade para lidar com a dor. A catastrofização é o fator de risco mais importante no que toca à falência do tratamento e persistência dos sintomas, encontrando-se diretamente relacionada com fatores de risco como: absentismo laboral; incapacidade decorrente da dor; intensidade da dor; e intolerância à dor. Os benefícios da terapia psicológica baseiam-se precisamente nos efeitos produzidos no combate à catastrofização.<sup>13</sup> Falava-se, na introdução deste trabalho, que a experiência dolorosa é dotada de componentes neurofisiológicos, mas também cognitivos, emocionais e comportamentais. O elemento cognitivo da dor diz respeito ao conjunto de condições mentais que são necessárias para experienciar o fenómeno da dor. A dor crónica facilmente se pode tornar o centro de interesse do doente dificultando a concentração para outros estímulos, tarefas ou atividades. A dor acarreta o risco de que o doente assuma progressivamente o significado de perda de saúde, bem-estar e autonomia.<sup>9</sup>

As expectativas e a perceção que a pessoa tem relativamente à sua capacidade de lidar com a dor também têm um peso inegável na mesma. Expectativas otimistas e uma

percepção de autoeficácia são fatores protetores e predizem melhor desfecho clínico, estando associado a menos incapacidade e melhor funcionamento, bem como menos sentimentos depressivos.<sup>13</sup> Os sintomas de Laurinda contribuíram para uma incapacidade progressiva nas atividades da vida diária, bem como marcada incapacidade para o trabalho com longos períodos de absentismo que duram até hoje, o que se manifesta em dificuldades económicas acrescidas e má adesão ao tratamento. À semelhança de Laurinda, muitas pessoas têm limitações físicas importantes devido ao quadro álgico e/ou patologia subjacente.<sup>9</sup> O medo faz com que a pessoa se centre na dor, levando a um estado de hipervigilância, evitamento de atividades (tanto ocupacionais como sociais) e mesmo de movimentos corporais que o doente acredita que pioram a dor. Estes processos psicológicos ocorrem em simultâneo, podendo originar um ciclo vicioso e deletério que culmina num estado de incapacidade física. Estudos imagiológicos funcionais comprovam este achado uma vez que a antecipação da sensação de dor resulta em ativação de zonas cerebrais relacionadas com o medo.<sup>15</sup> Daqui advêm consequências importantes, entre elas o descondicionamento, que é a tendência para a redução progressiva dos movimentos e atividades, levando a uma progressiva imobilização. Os doentes deixam de usar alguns músculos e adotam certas posturas que promovem uma síndrome de desuso que intensifica a dor. O doente restringe as suas atividades e chega mesmo a evitar situações outrora gratificantes, o que contribui para um aumento da concentração na doença e nos sintomas, preocupações relacionadas com a sua imobilidade e disfuncionalidade e uma baixa autoestima. Sendo a dor um estímulo poderoso, tende a chamar a atenção do doente e a abstrai-lo de outras componentes da vida.

Laurinda expressa queixas difusas e inespecíficas, referindo várias vezes que se sente “presa”, “sem força” e “escrava”. Laurinda apresenta ainda uma depressão persistente e níveis elevados de ansiedade. Verbaliza sentimentos de auto-desvalorização e desesperança, tem uma visão negativa de si mesma, sentindo que é “uma carga” de excessiva preocupação e revela grande tensão associada aos sintomas. A tensão é uma reação natural e adaptativa que decorre de uma ativação simpática face a uma situação percebida pelo indivíduo como perigo. A tensão em si não constitui um problema, mas antes o excesso da mesma que decorre de situações de ansiedade. As consequências fisiológicas são: percepção aumentada da dor e de outras sensações somáticas aversivas, que aumentam o sentimento de vulnerabilidade e desamparo.<sup>9</sup>

De acordo com os autores do artigo “Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigma”, a primeira fase da instalação de uma lombalgia obedece a alguns fatores como fatores ocupacionais (inerentes ao tipo de trabalho que a pessoa faz) e fatores individuais (idade, sexo, postura, antropometria, força muscular, condicionamento físico, tabagismo e mobilidade espinal). A segunda fase envolve a

decisão de a pessoa procurar ajuda médica pela sua dor ou mesmo suporte financeiro. Para esta fase tem muita importância a insatisfação e os fatores psicossociais do ambiente laboral. A terceira fase envolve a abordagem precoce. Este passo é o mais crítico na passagem da dor aguda para a dor crónica, pelo menos para a maioria dos doentes que falham na recuperação. Os autores propõem que nestes casos o problema não é a dor em si, mas o que se faz em relação a ela. Embora atualmente se despenda muito tempo a estudar a dor crónica, a verdade é que a prevalência continua muito alta, e esse fenómeno pode na verdade não depender inteiramente do tratamento prestado.<sup>16</sup>

Laurinda apresenta comorbilidades significativas, para além da fibromialgia e do quadro depressivo. Os sintomas gastrointestinais mantêm-se ao longo do quadro, agravando-se com os períodos de maior desconforto psicológico e adquirindo características de somatização.

A prevalência da dor crónica varia de 2 a 40%, enquanto que as doenças mentais têm uma prevalência de 17 a 29%. A relação entre a dor crónica e a doença mental é bidirecional, o que significa que podem partilhar mecanismos neuronais. A doença mental é tanto fator predisponente como consequência da dor crónica. Estudos imagiológicos funcionais suportam a evidência de que existirá uma relação bidirecional entre a dor crónica e as perturbações mentais, verificando-se que em certas condições como a fibromialgia, dor abdominal de origem indeterminada e muitos casos de dorsalgia há ativação funcional de regiões cerebrais envolvidas no processamento de estímulos emocionais. A ansiedade tem uma prevalência que excede os 50% nos doentes com dor crónica pelas mais variadas etiologias. Da mesma forma que ocorre com a depressão, também com a ansiedade existe uma relação bidirecional com a dor crónica.<sup>15</sup>

De acordo com a APA, tratar as doenças mentais como algo completamente separado da dita “doença orgânica” é redutor e contribui para o dualismo corpo-mente. A existência de doença médica não exclui a possibilidade de doença psiquiátrica, nem o oposto se verifica. No entanto, os doentes com “doença orgânica” têm maior predisposição a desenvolver doenças mentais e vice-versa.<sup>17</sup> No DSM-V, o capítulo “Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados” enfatiza o diagnóstico de doença com contornos somatoformes feito com base em sinais e sintomas positivos, isto é, sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas e não na ausência de uma explicação médica para sintomas somáticos. Estes diagnósticos podem tanto ser responsáveis pelos sintomas somáticos como podem ocorrer paralelamente aos mesmos. O componente somático agrega gravidade e complexidade a transtornos depressivos e ansiosos, motivando frequentemente ausência de resposta aos tratamentos tradicionais.<sup>18</sup> A dor é um sintoma

mais aceite do que a depressão em muitas culturas, o que pode incentivar uma translação de depressão para dor. Para além disso, muitos doentes com síndrome depressiva também cumprem os critérios para ansiedade crónica.<sup>17</sup> Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos tendem a manifestar níveis muito elevados de preocupação a respeito das doenças e veem os seus sintomas como ameaçadores, nocivos ou problemáticos, o que pode exacerbar as doenças pré-existentes. Os fatores de risco para doença de contornos somáticos podem dividir-se naqueles de foro temperamental (tendência para ansiedade e depressão), em fatores do foro ambiental (baixo nível de educação e baixo nível socioeconómico) e fatores modificadores do curso da doença (sexo feminino, idade mais avançada, menos anos de instrução, baixo nível socioeconómico, desemprego, adversidades na infância, transtorno psiquiátrico concomitante, stress social e benefícios obtidos com a doença).<sup>18</sup>

## CONCLUSÃO

Laurinda é o paradigma do doente com dor crónica que não melhora de forma satisfatória com o tratamento, mesmo que este consista numa intervenção multidisciplinar, existindo um risco acrescido de incapacidade e perpetuação da dor perante a contribuição de fatores psicossociais que estão patentes na personalidade e história de vida de Laurinda, contribuindo também fatores subjacentes ao desenvolvimento da dor crónica como a catastrofização, expectativas e perceção de auto-eficácia.<sup>13</sup> Importante também considerar o fato da intervenção multidisciplinar acontecer após longos anos do início da sintomatologia dolorosa. É porta-voz de tantos outros casos semelhantes, muitas vezes encontrados no âmbito dos cuidados de saúde primários. O motivo pelo qual isto acontece é complexo, ainda não é totalmente compreendido e, por vezes, gera sentimentos de frustração no doente e nos clínicos que o acompanham. Nos cuidados de saúde primários é de extrema importância que o médico saiba reconhecer precocemente os sintomas, indícios e fatores de risco associados à cronicidade da dor, para que dê mais enfoque aos processos psicopatológicos e à componente preventiva que pode eventualmente assentar numa identificação precoce de crenças, processos cognitivos, emoções e comportamentos associados à dor e incapacidade dos doentes.

A pessoa com dor crónica percorre caminhadas sinuosas pelas várias especialidades e nem sempre a sua dor se traduz nos exames complementares a que é sujeita. A dor não se vê, mas vive-se. A dor encontra-se impregnada de subjetividade. Não é fácil abordar a dor crónica, nem é fácil abordar a patologia mental. No entanto, é crucial a presença do médico – não apenas para prescrever medicação – mas o estar lá para ouvir o seu doente, aprender acerca dele e ouvir a sua dor. O mais importante que um médico

pode fazer por um doente que sofre de dor crónica é certificar-se que o doente compreende que o médico o está a ouvir, que é cuidadoso e tem os seus sintomas em consideração, que se preocupa com o seu sofrimento e que vai ajudá-lo dentro do que lhe é possível. É importante que o doente compreenda que o objetivo não é fazer desaparecer a dor, mas, muitas vezes, aprender a lidar com ela. Por outro lado, os mecanismos psicológicos e as crenças pessoais afetam sobremaneira o prognóstico. A maioria das estratégias utilizadas, principalmente as psicológicas, requer persistência e empenho por parte do doente, o que depende da qualidade da relação terapêutica.<sup>9</sup> Contudo, como descrevemos no caso clínico, há fatores psicossociais frequentes nos doentes com dor crónica, onde a relação de confiança em figuras significativas prévias foi muito perturbada o que irá contribuir para a dificuldade em confiar no clínico. Assim, só através de uma atitude compreensiva, atenta e empática o médico vai possibilitar que se estabeleça este vínculo, imprescindível para o tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor a formação em dor deve iniciar-se no período pré-graduado e deve ser continuamente aprofundada ao longo do trajeto profissional do médico. O tempo de aprendizagem de um estudante de medicina na aprendizagem acerca da dor crónica é, em média, tão pouco quanto treze horas ao longo do curso e, em alguns casos, apenas seis horas. Importa sensibilizar e capacitar, não só os profissionais de saúde, mas também os cidadãos para a prevenção e gestão da dor, promovendo a sua literacia em saúde.<sup>2</sup>

Perante o desenvolvimento de dor crónica, o objetivo passa a ser o controlo e não a cura completa, o que pode entrar em conflito com o paradigma médico de cura. É inegável que o alívio da dor é de extrema importância, mas a verdade é que nenhuma das estratégias farmacológicas atualmente disponíveis para a dor crónica é particularmente efetiva e, mesmo os tratamentos não farmacológicos, dificilmente alcançam resultados completamente satisfatórios. O desenvolvimento de novas abordagens para a dor crónica deve começar pela compreensão dos mecanismos que levam à transição de uma dor aguda ou de um outro processo fisiopatológico para uma dor crónica.<sup>19</sup>

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Treede RD, Rief E, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
- 2 - Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington D, et al. Pharmacological treatment of chronic pain – the need for CHANGE. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(9):1127-1135.
- 3 Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, et al. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 2012;13(8):773-783.
- 4 Paul Farquhar-Smith W. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 2008; 9: 3-7.
- 5 Mifflin KA, Kerr BJ. The transition from acute to chronic pain: understanding how different biological systems interact. *Can J Anaesth*. 2014;61(2):112-22.
- 6 Fenton BW, Shih E, Zolton J. The neurobiology of pain perception in normal and persistent pain. *Pain Management*. 2015;5(4):297-317.
- 7 Ossipov MH, Morimura K, Porreca F. Descending pain modulation and chronification of pain. *Current Opinion Support Palliative Care*. 2014;8(2):143-151.
- 8 Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, et al. Interdisciplinary chronic pain management: past, present and future. *The American Psychologist*. 2014;69(2):119-30.
- 9 Gomes, Ana. *Biblioteca da Dor: Abordagem psicológica no controlo da dor* 1ª Ed. Lisboa: Permanyer Portugal, 2008.
- 10 Núcleo de Cuidados Paliativos Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2007; 23(4):457-464.
- 11 Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2007; 23(4):457-464.
- 12 Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
- 13 Meits SM, Edwards RR. Evaluating Psychosocial Contributions to Chronic Pain Outcomes.
- 14 Stickley A, Koyanagi A, Kawakami N, et al. Childhood adversities and adult-onset chronic pain: Results from the World Mental Health Survey, Japan. *Eur J Pain*. 2015;19:1418-27.
- 15 Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(7):955-970. Núcleo de Cuidados Paliativos Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

- 16 Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
- 17 Howe CQ, Robinson JP, Sullivan MD. Psychiatric and psychological perspectives on chronic pain. *Phys Med Clin N Am.* 2015;26(2):283-300. Hooten WM, Timming R, Belgrade M, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. Updated November 2013.
- 18 APA. DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.
- 19 Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2015;126:167-83.



